ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE n. 1

"don Lorenzo Milani"

Via Monfalcone n.414/A 19123 - LA SPEZIA ☎ 0187 711258 0187 711018

C.F.91071830110 – C.M. SPIC814006 - C.U. UFF2EQ

INTESA SAN PAOLO IBAN: IT 64 U 03069 10700 100000046130

e-mail spic814006@istruzione.it PEC: spic814006@pec.istruzione.it sito www.isa1donmilanisp.edu.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo Statale n. 1 Don Lorenzo Milani - La Spezia

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE E CONSEGNA DI FARMACO INDISPENSABILE O SALVAVITA

Raccomandazioni congiunte MIUR - Ministero della Salute del 25 novembre 2005

I/Le sottoscritto/a/i

e

in qualità di ☐ genitori esercenti la responsabilità genitoriale ☐ tutore ☐ affidatario

dell'alunno/a

frequentante nell'a.s. la classe sezione della scuola ☐ infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di I grado

CHIEDONO

che l'Istituto attivi la procedura per la gestione e, ove previsto dalla prescrizione medica, la somministrazione del farmaco indispensabile o salvavita durante l'orario scolastico e le attività organizzate dalla scuola.

Tipologia	☐ terapia indispensabile programmata ☐ farmaco salvavita / emergenza
Farmaco	Denominazione commerciale e principio attivo: -
Data di scadenza	Confezione integra: ☐ sì ☐ no
Modalità di consegna	☐ consegnato alla scuola in confezione originale ☐ altro:
Conservazione	Luogo e condizioni indicati nella prescrizione medica:
Recapiti di emergenza	Genitore/tutore 1 Genitore/tutore 2

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE n. 1

"don Lorenzo Milani"

Via Monfalcone n.414/A 19123 - LA SPEZIA ☎ 0187 711258 0187 711018

C.F.91071830110 – C.M. SPIC814006 - C.U. UFF2EQ

INTESA SAN PAOLO IBAN: IT 64 U 03069 10700 100000046130

e-mail spic814006@istruzione.it PEC: spic814006@pec.istruzione.it sito www.isa1donmilanisp.edu.it

ALLEGANO

☐ certificazione medica aggiornata, con indicazione della necessità del farmaco, posologia, modalità e tempi di somministrazione, modalità di conservazione e durata della prescrizione;

☐ piano terapeutico o protocollo sanitario individuale, ove previsto;

☐ altra documentazione utile:

DICHIARANO di consegnare il farmaco in confezione originale, correttamente etichettata e non scaduta; di impegnarsi a sostituirlo prima della scadenza e a comunicare tempestivamente ogni modifica della prescrizione, della terapia, dei recapiti o delle condizioni di conservazione.

PRENDONO ATTO CHE la scuola attiva il piano individuale solo dopo la verifica della documentazione sanitaria e organizzativa necessaria. In caso di situazione di emergenza, il personale attiva i soccorsi secondo le indicazioni del piano e chiama il 112, quando necessario.

Luogo e data _____

Firma del primo esercente la responsabilità genitoriale / tutore / affidatario

_____

Firma del secondo esercente la responsabilità genitoriale

_____

In caso di firma di un solo esercente la responsabilità genitoriale: il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere acquisito il consenso dell'altro esercente, ai sensi degli artt. 316, 337-ter e 337-quater del Codice civile.

Firma del dichiarante _____

Trattamento dei dati personali. I dati, inclusi quelli relativi alla salute, sono trattati dall'Istituto esclusivamente per la gestione della richiesta e del piano individuale di intervento, nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del principio di minimizzazione. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale.